



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE INCONFIDENTES**

RUA ENGENHEIRO ÁLVARES MACIEL, 190, CENTRO, INCONFIDENTES, MG,  
CEP 37.576-000 - TELEFAX: (035) 3464 1015

## **LEI Nº 1.604/2026**

**“DISPÕE SOBRE A APLICAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD AOS PACIENTES USUÁRIOS DA REDE PÚBLICA OU CONVENIADA/CONTRATADA DO SUS E ESTABELECE OUTRAS PROVIDÊNCIAS.”**

**CLAUDINEI TUNES PEREIRA**, Prefeito Municipal de Inconfidentes, no uso de suas atribuições legais, faz saber que a Câmara Municipal de Inconfidentes-MG aprovou e ele sanciona a seguinte Lei:

### **CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

**Art. 1º** Esta Lei dispõe sobre o Tratamento Fora de Domicílio – TFD que é o instrumento legal que visa garantir, pelo Sistema Único de Saúde - SUS o tratamento de média e alta complexidade para usuários que necessitem de atendimento especializado, recuperação e reabilitação em casos que os procedimentos de média e alta complexidade não possam ser realizados no Município de Inconfidentes, Estado de Minas Gerais.

§ 1º O encaminhamento para o tratamento a que se refere o *caput* desse artigo, com o custeio das despesas pela Prefeitura Municipal (deslocamento, hospedagem/alimentação – em caso da necessidade de pernoite), somente será deferido ao paciente usuário do Sistema Único de Saúde - SUS do Município de Inconfidentes, bem como ao seu acompanhante, nas hipóteses e condições previstas nesta Lei, na Portaria SAS nº 055, de 24 de fevereiro de 1999 e em regulamentação correlata.

§ 2º Somente será permitido o pagamento de despesas do acompanhante, nos casos previstos em lei ou em que houver indicação médica da necessidade de acompanhante, esclarecendo o motivo de impossibilidade do usuário paciente se deslocar desacompanhado.

§ 3º Será autorizado apenas 1 (um) acompanhante maior de 18 (dezoito) anos, capacitado física e mentalmente, parente ou responsável legal pelo paciente, podendo, em situações excepcionais, mediante justificativa fundamentada e prévia



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE INCONFIDENTES**

RUA ENGENHEIRO ÁLVARES MACIEL, 190, CENTRO, INCONFIDENTES, MG,  
CEP 37.576-000 - TELEFAX: (035) 3464 1015

autorização do Chefe do Departamento de Saúde, ser autorizada a presença de mais de um acompanhante.

**Art. 2º** Consideram-se usuários do Sistema Único de Saúde – SUS municipal os pacientes residentes no Município de Inconfidentes, atendidos na rede pública, ambulatorial, conveniada ou contratada do SUS que necessitam de Tratamento Fora de Domicílio - TFD, em conformidade com os princípios da universalidade e integralidade do atendimento estabelecido na Constituição da República.

**Art. 3º** As despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS do Município de Inconfidentes – MG para Tratamento Fora de Domicílio – TFD, em Minas Gerais ou em outros estados, quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio Município, obedecerão ao disposto nesta Lei, na Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde - SAS nº. 055, de 24 de fevereiro de 1999 e demais normas correlatas.

## **CAPÍTULO II DO PROCEDIMENTO PARA CONCESSÃO DO TRATAMENTO FORA DO DOMÍLIO – TFD**

**Art. 4º** A solicitação de Tratamento Fora do Domicílio – TFD deverá ser realizada pelo paciente ou por seu responsável legal, mediante a apresentação de comprovante de agendamento do atendimento ou procedimento de saúde constando período que deverá permanecer no local, com aval da Comissão Avaliadora do Tratamento Fora do Domicílio – CATFD conforme modelo constante do Anexo I desta Lei.

**Art. 5º** A solicitação deverá ser objeto de deliberação pela Comissão Avaliadora do Tratamento Fora do Domicílio – CATFD que será nomeada pelo Prefeito Municipal.

Parágrafo único. Para desempenho de suas atribuições, a CATFD requisitará se necessário, exames ou documentos destinados a complementar a análise individualizada de cada solicitação, podendo, inclusive, solicitar o assessoramento técnico de órgãos ou de profissionais especializados.



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE INCONFIDENTES**

RUA ENGENHEIRO ÁLVARES MACIEL, 190, CENTRO, INCONFIDENTES, MG,  
CEP 37.576-000 - TELEFAX: (035) 3464 1015

**Art. 6º** A CATFD será formada pelos seguintes integrantes:

- I - Chefe do Departamento de Saúde;
- II - Responsável pelo Agendamento de consultas/procedimentos;
- III - Responsável pelo agendamento dos veículos/viagens do Departamento de Saúde;

**Art. 7º** Na hipótese de acolhimento da solicitação do TFD, a CATFD procederá à autorização do deslocamento do usuário, devendo o Departamento Municipal de Saúde providenciar, no menor prazo possível e obedecendo à rotina dos órgãos reguladores externos, o agendamento do usuário junto ao local de destino a ser referenciado, marcando data, horário e local do procedimento e/ou a confirmação do atendimento caso o agendamento tenha sido realizado por unidade fora do Município de Inconfidentes.

Parágrafo único. O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento no município de referência com local, data e horário definidos previamente.

**Art. 8º** O atendimento ao usuário deverá ser realizado em Unidade Assistencial vinculada exclusivamente ao SUS que dispuser dos recursos necessários, da rede própria, contratada ou conveniada mais próxima à sua residência.

**Art. 9º** Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamento menor do que 50 (cinquenta) km de distância da sede do Município de Inconfidentes, conforme Portaria nº 55, da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, de 24 de fevereiro de 1999.

**Art. 10.** O pagamento das despesas relativas ao TFD somente será permitido quando esgotados todos os meios de tratamento no Município de Inconfidentes.

**Art. 11.** Quando o paciente/acompanhante retornar ao Município de Inconfidentes no mesmo dia poderá ser autorizado apenas auxílio para o deslocamento, caso este não tenha sido fornecido gratuitamente seja pelo município,



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE INCONFIDENTES**

RUA ENGENHEIRO ÁLVARES MACIEL, 190, CENTRO, INCONFIDENTES, MG,  
CEP 37.576-000 - TELEFAX: (035) 3464 1015

por entidade de apoio ou pelo próprio hospital, observando-se, ainda, o disposto nos arts. 9º e 10 da presente Lei.

§1º O deslocamento do usuário em Tratamento Fora do Domicílio – TFD será realizado, preferencialmente, por meio de veículos disponibilizados pelo Município de Inconfidentes, observadas a disponibilidade da frota, a logística do serviço e a avaliação técnica do Departamento Municipal de Saúde.

§2º Somente na impossibilidade devidamente justificada de utilização de veículo oficial do Município, ou quando o deslocamento não se mostrar compatível com a logística do transporte público municipal, poderá ser autorizado:

I – o custeio de passagem em transporte coletivo regular; ou

II – o pagamento de ajuda de custo para transporte, nos limites do Anexo III.

**Art. 12.** O Município de Inconfidentes não se responsabilizará pelo pagamento das despesas do TFD sem prévia e expressa autorização do Departamento Municipal de Saúde, ainda que posteriormente apresente comprovantes ou quando permanecer no local de referência, por período superior do que o autorizado pela CATFD, salvo na hipótese de prorrogação do tratamento devidamente justificada, que nesse caso deverá ser comunicada à Comissão imediatamente

**Art. 13.** Como condição para liberação da ajuda de custo, deverá constar do procedimento administrativo:

I – formulário de solicitação de Tratamento Fora de Domicílio preenchido e carimbado por um membro da CATFD (ANEXO I);

II – cópia dos exames, laudos, encaminhamentos, agendamentos e demais documentos apresentados pelo usuário paciente/acompanhante que comprovem a necessidade do deslocamento;

III – cópia da Carteira de Identidade, CPF, cartão SUS e comprovante atualizado de endereço do usuário paciente/acompanhante;

IV – Justificativa médica acerca da necessidade de acompanhante, na forma do art. 1º, § 2º, desta Lei;

V - decisão da CATFD.

VI - relatório para solicitação de benefício (ANEXO III)

**Art. 14.** O transporte em ambulância será autorizado exclusivamente por



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE INCONFIDENTES**

RUA ENGENHEIRO ÁLVARES MACIEL, 190, CENTRO, INCONFIDENTES, MG,  
CEP 37.576-000 - TELEFAX: (035) 3464 1015

indicação médica ou avaliação técnica, não gerando direito à ajuda de custo ou indenização financeira ao paciente ou acompanhante para transporte.

**Art. 15.** O TFD será concedido prioritariamente para usuários em tratamento ambulatorial, observadas as disposições da Portaria SAS nº 055/1999.”

### **CAPÍTULO III DOS AUXÍLIOS COMPREENDIDOS NO TRATAMENTO FORA DO DOMÍLIO**

**Art. 16.** O Município de Inconfidentes, observada a disponibilidade financeira e orçamentária e desde que devidamente autorizado, concederá ao paciente/acompanhante, ajuda de custo para suporte de despesas relacionadas a transporte, hospedagem/alimentação relativas ao TFD, nos valores e condições estabelecidos no Anexo III desta Lei.

§1º. A ajuda de custo relativa ao Tratamento Fora do Domicílio – TFD:

I – não constitui direito subjetivo do usuário, estando condicionada à análise do caso concreto, à autorização da Comissão Avaliadora do Tratamento Fora do Domicílio – CATFD e à disponibilidade financeira e orçamentária do Município;

II – terá caráter indenizatório, limitada aos valores máximos fixados no Anexo III desta Lei;

III – não será devida quando o Município fornecer, total ou parcialmente, o transporte, a alimentação ou a hospedagem, diretamente ou por meio de convênios ou parcerias;

IV – não poderá ser cumulada com auxílio, benefício ou custeio equivalente concedido por outro ente público, entidade de apoio ou pelo próprio estabelecimento de saúde.

§2º Quando o deslocamento para Tratamento Fora do Domicílio ocorrer com pernoite, e não houver concessão de auxílio para hospedagem em hotel, em razão de o paciente/acompanhante estar acolhido em casa de apoio, instituição similar ou outra forma de hospedagem gratuita, poderá ser concedido auxílio financeiro exclusivamente para alimentação, desde que devidamente justificado e comprovado, nos termos definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE INCONFIDENTES**

RUA ENGENHEIRO ÁLVARES MACIEL, 190, CENTRO, INCONFIDENTES, MG,  
CEP 37.576-000 - TELEFAX: (035) 3464 1015

### **CAPÍTULO IV DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

**Art. 17.** Concluído o tratamento, o paciente e, se caso, seu acompanhante, retornarão ao município de Inconfidentes, de imediato, protocolando o relatório de alta, declaração de comparecimento e demais documentos solicitados pelo Departamento Municipal de Saúde deste Município.

**Art. 18.** O pagamento das despesas do TFD será efetuado por meio de **reembolso**, mediante depósito em conta bancária ou cheque em nome do paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Quando o paciente e/ou acompanhante retornar ao Município de Inconfidentes, no mesmo dia, serão custeadas apenas despesas de transporte, caso este não tenha sido fornecido gratuitamente, seja pelo município, por entidade de apoio ou pelo próprio hospital.

**Art. 19.** O beneficiário do TFD terá 5 (cinco) dias úteis, contados a partir do seu efetivo retorno ao Município de Inconfidentes e/ou da conclusão do Tratamento Fora do Domicílio - TFD, para apresentar prestação de contas de todos os valores gastos, dentro dos permitidos por esta lei, para custeio das despesas decorrente do tratamento.

§ 1º Caso o tratamento fora do domicílio se estenda por mais de trinta dias, o beneficiário deve prestar contas mensalmente dos valores gastos.

§ 2º A prestação de contas far-se-á mediante à comprovação da realização do tratamento fora do domicílio, e apresentação de documentos fiscais correspondentes às despesas autorizadas nesta lei.

§ 3º Compete ao Chefe do Departamento Municipal de Saúde aprovar as contas prestadas, observando-se sempre a regularidade jurídica e adequação dos valores apresentados na prestação de contas.

### **CAPÍTULO V DA EXCLUSÃO DO TRATAMENTO FORA DO DOMÍLIO – TFD**

**Art. 20.** O TFD não será autorizado:



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE INCONFIDENTES**

RUA ENGENHEIRO ÁLVARES MACIEL, 190, CENTRO, INCONFIDENTES, MG,  
CEP 37.576-000 - TELEFAX: (035) 3464 1015

- I – em casos de procedimentos não constantes na Tabela SIA e SIH/SUS;
- II – para tratamento fora do país;
- III – para pagamento de diárias a pacientes durante tempo em que estiverem hospitalizados no município de destino;
- IV – em tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica ou em tratamentos de longa duração, que exijam a fixação definitiva no local de tratamento.

### **CAPÍTULO VI DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 21.** As despesas decorrentes da execução da presente Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias.

**Art. 22.** Esta Lei poderá ser regulamentada através de decretos, portarias, e instruções pelos órgãos municipais competentes.

**Art. 23.** Os valores das diárias para TFD serão os constantes do anexo III da presente Lei e poderão ser atualizados, anualmente, mediante Decreto, aplicando-se o índice de inflação apurado pelo IPCA, ou outro que vier a substituí-lo.

**Art. 24.** Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se disposições em contrário, **em especial a Lei Municipal nº 1.336/2019.**

Inconfidentes, 13 de fevereiro de 2026.

**CLAUDINEI TUNES PEREIRA  
PREFEITO MUNICIPAL**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE INCONFIDENTES

RUA ENGENHEIRO ÁLVARES MACIEL, 190, CENTRO, INCONFIDENTES, MG,  
CEP 37.576-000 - TELEFAX: (035) 3464 1015

## ANEXO I SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA:			REGIONAL DE SAÚDE:		
Nº Cartão Nacional do SUS:				DATA:	
Nome Paciente:			Nome da Mãe:		
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade:	Município de Nascimento:		UF:	
Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino					
Endereço:			Nº:	Bairro:	
Município:		Complemento:		CEP:	UF:
E-mail:			Telefone:		
RG:	Órgão emissor:		UF:	Data da expedição:	
CPF:			Certidão de Nascimento (anexar cópia) CASO SEJA MENOR		
PACIENTE: <input type="checkbox"/> 1º ATENDIMENTO FORA DO DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> EM TRATAMENTO (anexar comprovantes)					
ASSINATURA SOLICITANTE: _____					
OBSERVAÇÃO:					
PARECER DA COMISSÃO DE REGULAÇÃO:					
<input type="checkbox"/> INDEFERIDO <input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO					
JUSTIFIQUE SE INDEFERIDO:					
Chefe do Depto. Municipal de Saúde			Servidor responsável TFD		



## PREFEITURA MUNICIPAL DE INCONFIDENTES

RUA ENGENHEIRO ÁLVARES MACIEL, 190, CENTRO, INCONFIDENTES, MG,  
CEP 37.576-000 - TELEFAX: (035) 3464 1015

### ANEXO II

### RELATÓRIO PARA SOLICITAÇÃO DO REEMBOLSO PARA OS PACIENTES CADASTRADOS NO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO DE INCONFIDENTES/MG

Nome:	
Município de Atendimento:	Estado:
Data da viagem:	Data do retorno:
Data do agendamento:	
Período de Permanência/Internação (dias):	
Quantidades de pernoites a receber:	Valor:
Transporte utilizado no deslocamento:	
Auxílio alimentação a receber? (somente na forma do §2º do Art. 16 da Lei nº 1.604/2026.	Valor:
<b>INFORMAÇÕES DO ACOMPANHANTE</b>	
Nome:	
RG:	CPF:
Data da viagem:	Data do retorno:
Período de Permanência (dias):	
<b>OBSERVAÇÃO</b>	
Os valores foram conferidos pela Comissão Avaliadora do Tratamento Fora do Domicílio – CATFD deste Departamento Municipal de Saúde, com base na documentação anexa, comprovantes de agendamento do paciente na unidade hospitalar de referência e/ou relatório médico;	
Chefe do Depto. Municipal de Saúde	Servidor responsável TFD



# PREFEITURA MUNICIPAL DE INCONFIDENTES

RUA ENGENHEIRO ÁLVARES MACIEL, 190, CENTRO, INCONFIDENTES, MG,  
CEP 37.576-000 - TELEFAX: (035) 3464 1015

## ANEXO III TABELA DE AJUDA DE CUSTO

**Somente para os casos onde o tratamento ocorrer em locais com distâncias acima 50km, computadas do Centro do Município de Inconfidentes.**

<b>VALOR MÁXIMO DA AJUDA DE CUSTO PARA PASSAGENS</b>	<b>AUXÍLIO FINANCEIRO PARA HOSPEDAGEM -SOMENTE PACIENTE ou SOMENTE ACOMPANHANTE (POR DIA)</b>	<b>AUXÍLIO FINANCEIRO PARA HOSPEDAGEM - PACIENTE E ACOMPANHANTE (POR DIA)</b>	<b>AUXILIO ALIMENTAÇÃO - PACIENTE E/OU ACOMPANHANTE (somente na forma do §2º do Art. 16 da Lei nº 1.604/2026) (POR DIA)</b>
Valor equivalente à classe/tarifa econômica do serviço público regular do transporte a ser utilizado.	R\$150,00	R\$170,00	R\$ 30,00 por pessoa

Das condições do pagamento:

1. Em caso de transporte o valor a ser pago é o menor encontrado para a viagem, mediante comprovação;
2. Todas as despesas deverão ser devidamente comprovadas por documentos regulares, nos períodos estipulados e fiscalização promovidos pelo Departamento Municipal de Saúde;
3. Todas as despesas serão conferidas pelo Departamento Municipal de Saúde, cabendo glosagem naquilo que estiver em desacordo com a legislação e atos normativos;
4. O pagamento do auxílio TFD está condicionado à existência efetiva de recursos financeiros para o mesmo;
5. Os beneficiários, sob pena de tomadas de contas especiais, cancelamento do auxílio, entre outras formas em lei cabíveis, deverão promover as prestações de contas dos auxílios recebidos, na forma prevista nesta Lei ou em regulamento.